



Facultade de Enfermaría e Podoloxía

GRAO EN ENFERMARÍA

Curso académico 2013/2014

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**Percepciones y creencias en el riesgo del
incumplimiento de los aislamientos
hospitalarios en profesionales sanitarios del
CHUF**

Natalia Martínez Sieira

Junio 2014

DIRIGIDO POR:

María Jesús Movilla Fernández

Carmen Coronado Carvajal

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	6
1.1 ABSTRACT	7
2. INTRODUCCIÓN.....	8
3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	14
4. HIPÓTESIS DEL ESTUDIO	15
5. OBJETIVOS	16
5.1 OBJETIVO GENERAL	16
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
6. METODOLOGÍA.....	17
6.1 TIPO DE ESTUDIO	17
6.2 CONTEXTUALIZACIÓN DEL ESTUDIO.....	18
6.2.1 POSICIÓN DEL INVESTIGADOR.....	18
6.2.2 ÁMBITO DE ESTUDIO	18
6.3 POBLACIÓN	19
6.4 MUESTRA	19
6.5 INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS	21
6.5.1 OBSERVACIÓN NO PARTICIPANTE	21
6.5.2 ENTREVISTA ETNOGRÁFICA	22
6.6 ESTRATEGIA DE RECOGIDA DE DATOS.....	22
6.7 ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	24
6.8 RIGOR Y CREDIBILIDAD	25
7. LIMITACIONES	28
8. PLAN DE CONTINGENCIA	28
9. ASPECTOS ÉTICO-LEGALES	29
10. PLAN DE TRABAJO	31
11. MEMORIA ECONÓMICA	32
10.1 RECURSOS NECESARIOS	32
10.2 POSIBLES FUENTES DE FINANCIACIÓN.....	33
12. DIFUSIÓN DE RESULTADOS	33
13. ESTRATEGIA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.....	35
14. BIBLIOGRAFÍA.....	37
15. ANEXOS.....	43

ÍNDICE DE TABLAS

1. TABLA I: Precauciones estándar
2. TABLA II: Precauciones específicas basadas en la vía de contagio.
3. TABLA III: Criterios de inclusión y criterios de exclusión de la muestra
4. TABLA IV: Plan de trabajo
5. TABLA V: Costes y recursos necesarios.
6. TABLA VI: FI revistas internacionales
7. TABLA VII. FI revistas nacionales
8. TABLA VIII: Estrategia de búsqueda bibliográfica

INDICE DE ANEXOS

1. ANEXO 1: Cuestionario descriptivo
2. ANEXO 2: “CHECK LIST” para la observación.
3. ANEXO 3: Guión de la entrevista a los participantes
4. ANEXO 4: Hoja de información al paciente
5. ANEXO 5: Consentimiento informado

INDICE DE ABREVIATURAS

CHUF: Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

CDC: Center for Disease Control and Prevention

HICPAC: Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee

EPINE: Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España

SARM: *Staphylococcus Aureus* Resistente a la Meticilina

BLEE: BetaLactamasas de Espectro Extendido

EPI: Equipo de Protección Individual

CAEI: Comité Autonómico de Ética de la Investigación

UDC: Universidade Da Coruña

IF: Factor de Impacto

JCR: Journal Citation Reports

RIC: Repercusión Inmediata Cuiden

CIRC: Clasificación Integrada de Revistas Científicas

1. RESUMEN

La percepción del riesgo por parte del personal sanitario influye directamente en el cumplimiento de las precauciones estándar y las precauciones específicas basadas en la vía de contagio para prevenir aparición de infecciones nosocomiales. Además el nivel de conocimientos que tienen sobre dichas precauciones también está relacionado con la mala aplicación de los aislamientos hospitalarios. La prevalencia de aparición de infecciones nosocomiales es elevada y cada vez hay más dificultad para su tratamiento por el aumento de las resistencias de los microorganismos a los antibióticos.

OBJETIVO: Conocer las percepciones y creencias en el riesgo del incumplimiento de las medidas preventivas de los aislamientos hospitalarios, de los médicos/as, enfermeros/as y auxiliares de enfermería.

METODOLOGÍA: Investigación cualitativa con un enfoque etnográfico realizando observaciones no participantes y entrevistas semi-estructuradas como técnica de recogida de datos. Se llevará a cabo un muestreo no probabilístico con una tipología de máxima variedad con carácter intencional, teórico y de conveniencia.

1.1 ABSTRACT

Risk perception by the health personnel directly influences the fulfillment of standard precautions and specific precautions based on the route of infection to prevent development of nosocomial infections as well as the level of knowledge they have about such precautions. The prevalence of appearance of nosocomial infections is high and there is an increasing difficulty in their treatment due to the increasing resistance of microorganisms to antibiotics.

OBJECTIVE: The main purpose of our research project is to understand the perceptions and to be conscious of the risk of failure of preventive measures in hospital isolation areas, doctors, nurses and nursing assistants.

METHOD: Qualitative research from an ethnographic point of view, the technique for data collection is making non participant observations and making semi-structured interviews. A non- probability sampling method including a variety of participant typologies will be used. An intentional, theoretical and convenience character of the sample will be followed.

2. INTRODUCCIÓN

“La mejor salvaguardia contra la infección es el manejo sabio y humano del enfermo”

Forence Nightingale

Notas sobre enfermería: Qué es y qué no es

Forence Nightingale, pionera de la enfermería, fue la primera en establecer la influencia del entorno saludable sobre los individuos. A través de sus observaciones durante la guerra de Crimea, concluyó, la necesidad de utilizar pabellones más pequeños, con una ventilación adecuada acentuando la importancia de la asepsia y la limpieza del ambiente así como su efecto al disminuir la mortalidad asociada a la infección.^(1, 2)

Una de las amenazas de la seguridad sanitaria guarda relación con el desarrollo de resistencias de los microorganismos a los antibióticos desde el descubrimiento de la penicilina. En las décadas de los 50 y 60, la emergencia surgida por *Staphylococcus aureus* como microorganismo patógeno intrahospitalario, provocó el desarrollo de programas de control de la infección en los hospitales de EEUU y se publica la primera edición del “Manual Infection Control in the Hospital de la American Hospital Association”, proporcionando un esquema simple de las precauciones de barrera para pacientes con enfermedades transmisibles.^(3, 4)

Posteriormente el “Center for Disease Prevention and Control” (CDC) desarrolló y publicó, las primeras recomendaciones sobre los aislamientos y los clasificó por enfermedades, categorías o vías de transmisión.⁽³⁾

Desde ese momento se desarrollaron actualizaciones de dichas recomendaciones con el objetivo de mejorarlas. Actualmente el CDC y otras instituciones de las que se deriva la mayoría de las políticas para la

infección como el “Health Infection Control Practices Advisory Committee” (HICPAC) diseñan nuevas medidas para evitar la transmisión de enfermedades infecciosas pudiendo categorizarlas en dos niveles: las precauciones estándar y las precauciones específicas basadas en la vía de contagio.⁽⁵⁾

Las PRECAUCIONES ESTÁNDAR se deben tener en cuenta en la atención de cualquier paciente independientemente de su patología. El uso rutinario de estas medidas es la forma más efectiva de disminuir el riesgo de infección nosocomial. (Tabla I, Imagen 1) ⁽⁵⁾

MEDIDAS CONTEMPLADAS EN LAS PRECAUCIONES ESTÁNDAR

Lavado de manos

Utilización de guantes

Mascarillas, protección respiratoria, protección ocular, uso de caretas.

Batas y otros elementos de protección.

Equipo para el cuidado del paciente.

Lencería y lavandería.

Manejo de menaje y otros utensilios.

Limpieza rutinaria y al alta del paciente de la habitación.

Tabla I: Precauciones estándar.

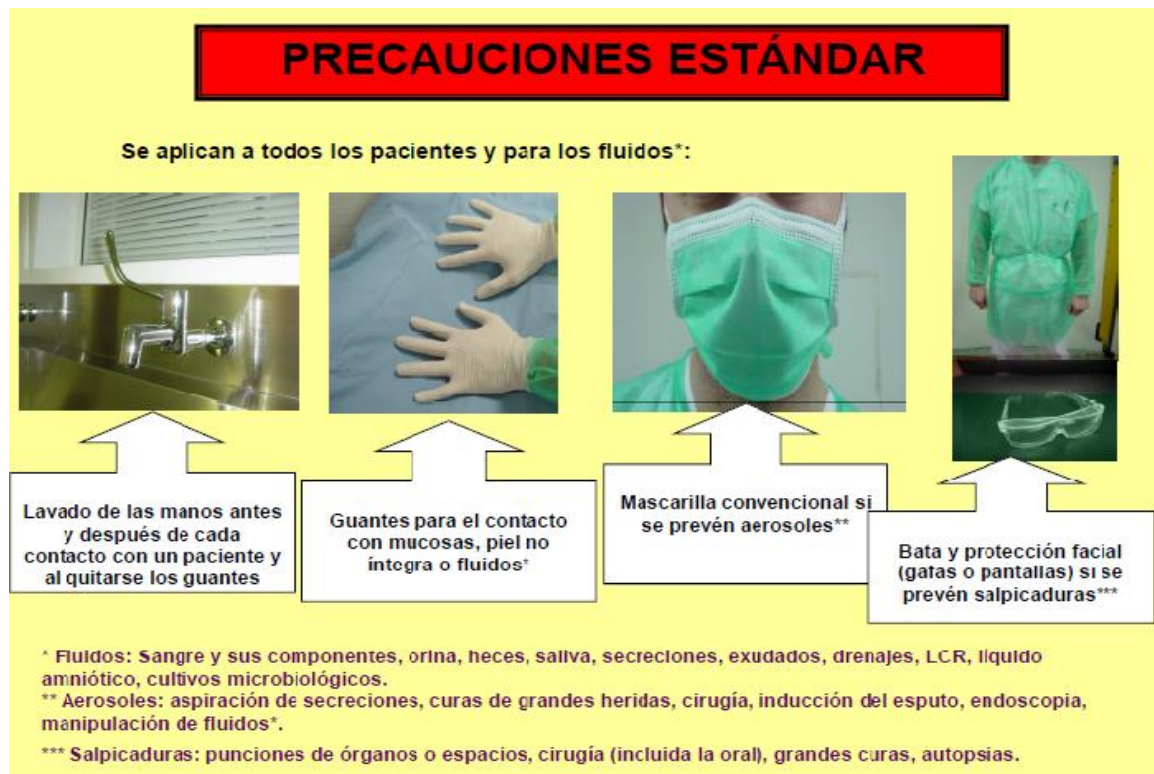


Imagen 1: Cartel informativo precauciones estándar. [Protocolo medidas preventivas del CHUF]

Las PRECAUCIONES ESPECÍFICAS BASADAS EN LA VÍA DE CONTAGIO deben de aplicarse en combinación con las precauciones estándar y son utilizadas en pacientes concretos, en el momento que se identifique o se sospeche una enfermedad infecciosa, o bien por la colonización de agentes muy virulentos o con dificultad de tratamiento por sus resistencias a los antibióticos. Los mecanismos de transmisión habituales en el ámbito hospitalario son a través del aire, por gotas y por contacto.

AIRE: Se produce por la diseminación de pequeñas gotitas o partículas de polvo menores a 5 micras que contienen el agente infeccioso y pueden permanecer en el aire durante largos períodos de tiempo y se pueden desplazar largas distancias con las corrientes de aire.

GOTAS: Se produce por la diseminación de partículas de mayor tamaño que se depositan en cualquier superficie o precipita al suelo, ya que las gotas no permanecen en suspensión en el aire y viajan a distancias menores de un metro. Estas son producidas cuando el paciente habla, estornuda o tose.

CONTACTO: Se produce por el contacto directo con el enfermo o indirectamente tocando objetos o superficies contaminadas de su medio ambiente cercano con la piel de la persona susceptible de infectarse.⁽⁵⁾

Se definen tres tipos de precauciones a tomar desarrolladas en la Tabla II:




AIRE	
ADEMÁS DE LAS PRECAUCIONES ESTÁNDAR 	<ul style="list-style-type: none"> • Mascarilla con filtro de partículas • Puerta permanentemente cerrada • Habitación con presión negativa <p>(VISITAS: deben consultar con el personal de enfermería)</p>
GOTAS	
ADEMÁS DE LAS PRECAUCIONES ESTÁNDAR 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de mascarilla • Puerta cerrada <p>(VISITAS: deben consultar con el personal de enfermería)</p>
CONTACTO	
ADEMÁS DE LAS PRECAUCIONES ESTÁNDAR 	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene de las manos • Uso de guantes • Uso de bata • Puerta cerrada • Material de uso exclusivo <p>(VISITAS: deben consultar con el personal de enfermería)</p>

Tabla II: Precauciones específicas basadas en la vía de contagio.

El diseño de aislamientos hospitalarios se ha llevado a cabo con el objetivo de prevenir la diseminación de microorganismos entre los pacientes, personal hospitalario, visitantes y equipos. Tratan de cortar la cadena de transmisión del agente infeccioso, disminuir y/o controlar brotes, racionalizar uso de recursos y mantener la calidad asistencial del hospital o clínica.⁽⁶⁾

Los datos registrados en el Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España (EPINE) durante el año 2013, recoge que la prevalencia total de pacientes con infección nosocomial fue del 7.56%, de los cuales el 48.2% son mujeres y el 51.76% son hombres. El 45.74% de los pacientes que presentan una infección nosocomial se encuentran con tratamiento antimicrobiano.⁽⁷⁾

El uso inadecuado y abusivo de los fármacos y el mal uso de las medidas preventivas estándar, como la incorrecta o baja frecuencia de la higiene de manos, favorece la evolución creciente y constante de la aparición de microorganismos resistentes a fármacos. ^(8, 9, 10, 11, 12, 13).

En el “EPINE” 2012, se recoge que el 42% de las infecciones nosocomiales por *Staphylococcus aureus* eran resistentes a la meticilina (SARM), cuando en el año 1990 era solo de 5%.⁽¹⁴⁾ Un estudio prospectivo de incidencia de SARM realizado en España en el año 2009 muestra que el 38% de los casos tenían una adquisición relacionada con la asistencia sanitaria.⁽¹⁵⁾

Otro motivo de preocupación en España son las infecciones producidas por bacilos gram negativos productores de bectalactamasas de espectro extendido (BLEE). Los aislamientos de microorganismos portadores de BLEE en España eran raros hasta el año 1996, pero han ido aumentando hasta alcanzar en ciertos hospitales cifras de hasta el 16,7% en estirpes de *K. pneumoniae*. Actualmente, en más del 90% de los hospitales españoles se detectan infecciones producidas por

microorganismos productores de enzimas y la prevalencia en Galicia se encuentra entre el 5% y el 6%.⁽¹⁶⁾

Para mejorar esta situación los profesionales de la salud tenemos un papel fundamental en el proceso de interrupción de las vías de contagio de las enfermedades infecciosas, teniendo conciencia de la importancia de la situación y aplicando las precauciones estándar y las precauciones específicas basadas en las vías de contagio de forma correcta. Con la aplicación de estas medidas, disminuirá la incidencia de contagios y por consiguiente, la morbilidad de los pacientes, la estancia media de éstos en el hospital y los costes en su tratamiento.⁽¹⁷⁾

La percepción del riesgo por parte del personal sanitario influye directamente en el cumplimiento de las precauciones a tomar. La percepción sobre el hecho de que un trabajador sanitario pueda transmitir infecciones a otros pacientes es baja.^(18, 19, 20, 21) Además, el nivel de conocimientos que tienen sobre dichas precauciones también está relacionado con una mala aplicación de las medidas preventivas. Los resultados obtenidos en diferentes estudios sobre el nivel de conocimientos que tienen los profesionales sanitarios, oscilan entre suficientes e insuficientes.^(22, 23, 24, 25, 26, 27) Estos dos vectores, la percepción del riesgo y el nivel de conocimiento, nos indican que no se están aplicando las medidas preventivas de manera correcta y/o en forma completa.^(20, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35)

Por otro lado, encontramos una desvinculación entre la teoría y la práctica ya que el conocimiento no siempre se traduce en comportamiento adecuado. Destaca el mal uso de guantes, no realizando el cambio oportuno después de la atención a cada paciente y por lo tanto disminuye la frecuencia del lavado de manos, medida considerada como la más eficaz y menos costosa para prevenir las infecciones; y la falta de uso de Equipos de Protección Individual (EPI).^(9, 11, 19, 25)

En relación con todo lo expuesto anteriormente y la transcendencia de cumplir las normas de aislamiento específicas para evitar la diseminación de agentes patógenos, este estudio pretende conocer cuáles son las percepciones y creencias de los médicos/as, enfermeros/as y auxiliares de enfermería del riesgo que conlleva el incumplimiento de las medidas preventivas establecidas para los aislamientos.

3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Las infecciones nosocomiales son complicaciones evitables con un buen uso de las medidas preventivas por parte de los profesionales de la salud.

La aparición de infecciones aumenta la morbilidad y mortalidad de los pacientes en la que se puede incluir un conjunto de factores como el malestar, el dolor o el sufrimiento, la discapacidad temporal o permanente y la disminución de la calidad de vida en el futuro. Su aparición también se asocia a un incremento de la estancia en el hospital, oscilando entre 5 y 15 días más de hospitalización y, además, se produce un incremento de los costes de hospitalización por permanecer más días ingresado. Con la aparición de una enfermedad infecciosa, aumenta el gasto en personal (alrededor del 70%), de los medicamentos administrados (10-15%) y de las pruebas diagnósticas necesarias para el diagnóstico de la infección. Los pacientes con infección multirresistente representan un coste económico por paciente entre 5.000 y 25.000 euros, cantidad que está muy por encima de las infecciones causadas por microorganismos sensibles.⁽¹⁷⁾

Actualmente, el desarrollo de infecciones nosocomiales sigue siendo un problema. La incidencia de aparición de infecciones

nosocomiales es elevada, en España el 7% de pacientes que ingresan en hospitales de agudos contraen este tipo de infección y, cada vez hay más dificultad para su tratamiento por el aumento de las resistencias de los microorganismos a los antibióticos, los microorganismos dejan de responder a los medicamentos de primera línea, teniendo que recurrir a productos más caros.^(7, 8, 18)

El desarrollo de guías de práctica clínica y protocolos de actuación para la prevención de la diseminación de agentes infecciosos tiene por objetivo unificar criterios estableciendo unas bases de actuación para prevenir, tratar y evitar su propagación dentro del hospital.

Tras la realización de una búsqueda bibliográfica podemos concluir que se observa un bajo índice de cumplimiento de las medidas preventivas que se deben adoptar para conseguir que los aislamientos de pacientes con enfermedades contagiosas sean efectivos.^(9, 11, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35)

Esta investigación trata de conocer cómo influyen las percepciones y creencias en el riesgo de los profesionales de la salud y, cuáles son sus comportamientos a la hora de aplicar las medidas preventivas para evitar la diseminación de microorganismos infecciosos.

4. HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

Tras la búsqueda bibliográfica, se pudo concluir que existe un índice de cumplimiento de las medidas preventivas por debajo de lo deseable y, por ello, se parte de la microhipótesis de que existe un grupo definido de profesionales con ideología, creencias, percepciones y comportamientos comunes que perciben el riesgo de un modo que condiciona el cumplimiento de los aislamientos hospitalarios de forma eficaz.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

El propósito principal de la presente investigación es conocer las percepciones y creencias en el riesgo del incumplimiento de las medidas preventivas de los aislamientos hospitalarios, de los médicos/as, enfermeros/as y auxiliares de enfermería.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer las percepciones y creencias que existen en los médicos/as, enfermeros/as y auxiliares de enfermería, que puedan ser condicionantes en la percepción en el riesgo del incumplimiento de las medidas preventivas de los aislamientos hospitalarios.
- Identificar los comportamientos de estos profesionales sanitarios con respecto a los aislamientos hospitalarios.
- Explorar la influencia que tiene los comportamientos de estos profesionales sanitarios sobre sus compañeros del equipo multidisciplinar para adoptar las medidas preventivas para el control de la infección adecuadas.

6. METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Para llevar a cabo la investigación se plantea una perspectiva metodológica cualitativa con un enfoque etnográfico para comprender e interpretar la realidad que se vivencia en la actualidad en el entorno hospitalario, en cuanto al abordaje de los aislamientos hospitalarios y poder describir e interpretar la ideología, los comportamientos, las actitudes y acciones, las creencias y percepciones del riesgo de los profesionales sanitarios a cerca del tema.

La etnografía es una rama de investigación humana, relacionada con la antropología, que se enfoca en la cultura (o subcultura) de un grupo humano con el fin de comprender la manera de ver el mundo de los sujetos de estudio. Se considera una descripción detallada que explicita las características de las relaciones sociales y culturales y las coloca dentro de un contexto obteniendo un resultado final una descripción densa de la naturaleza del fenómeno. ⁽³⁶⁾

La elección de esta metodología se justifica por la revisión bibliográfica realizada en la que el abordaje de la temática se centra en el nivel de cumplimiento de los aislamientos hospitalarios y la higiene de manos de una manera cuantitativa sin explorar las causas de incumplimiento desde una perspectiva de vivencias personales de los profesionales sanitarios, sus creencias y percepciones del riesgo de la exposición a enfermedades infecciosas y riesgo de contagio de ellos mismos y de otros pacientes.

6.2 CONTEXTUALIZACIÓN DEL ESTUDIO

6.2.1 POSICIÓN DEL INVESTIGADOR

La investigadora parte desde una perspectiva de alumna de Practicum del último curso del grado de enfermería. A través de las Estancias Clínicas previas, ha observado la variabilidad en la aplicación de las medidas preventivas que se deberían llevar a cabo en los diversos aislamientos o la no aplicación de ningún tipo de prevención, aumentando las probabilidades de que se produzcan infecciones cruzadas dentro de la unidad asistencial.

Desde una experiencia personal de contagio de una enfermedad infecciosa del tracto respiratorio durante las estancias, cree que puede mejorarse en muchos aspectos las medidas que se emplean en la atención de pacientes con enfermedades infecciosas.

La investigadora busca la realidad inmediata que se está viviendo en la atención sanitaria desde una posición neutral, sin involucrar juicios de valor y permitiendo que los participantes respondan desde su propia perspectiva.

6.2.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se llevará a cabo en la Gerencia de Gestión Integrada de Ferrol, en el Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol (CHUF), hospital de nivel 2, con un área de influencia de 185.603 pacientes.

Se realizará en la Unidad de Medicina Interna, en la séptima planta donde se encuentran camas adjudicadas para ingresos de la Unidad de Infecciosos. Consta de 19 habitaciones dobles, con posibilidad

de ser individual si la situación lo requiere, y una individual reservada para aislamientos. Solo una de las habitaciones está dotada de control del aire por regulador de presión negativa. El equipo multidisciplinar está formado por 4 médicos/as, 15 enfermeros/as, 11 auxiliares de enfermería y 1 supervisora de enfermería.

Se ha elegido esta unidad por tener más número de pacientes con enfermedades infecciosas, además de ser la única que tiene una habitación dotada de control de aire por presión negativa.

6.3 POBLACIÓN

La población a estudio serán los trabajadores sanitarios (médicos, enfermeras/os y auxiliares de enfermería) de la unidad de Medicina Interna, séptima planta del CHUF.

6.4 MUESTRA

Se llevará a cabo un muestreo no probabilístico con una tipología de máxima variedad para conocer la ideología, patrones comunes de conducta, creencias y percepciones de los profesionales sanitarios.

El muestreo tendrá un carácter intencional, con la búsqueda de informantes clave que nos aporten la información necesaria para cumplir los objetivos; teórico, seleccionando casos de forma gradual y sin dejar ninguna discrepancia inexplicada y de conveniencia, para poder conseguir una muestra accesible a la investigadora.

La muestra estará formada por los profesionales sanitarios que trabajen en la unidad de Medicina Interna, séptima planta del CHUF (4 médicos/as, 1 supervisora, 15 enfermeros/as, 11 auxiliares de

enfermería), que cumplan con los criterios de inclusión (desarrollados en la tabla III) y decidan participar en el estudio.

	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
MÉDICOS/AS	Médicos/as internistas Con plaza o interinidad en la unidad Experiencia mínimas de 3 meses	Médicos especialistas en otras áreas Los profesionales que se ausenten 15 días o más por disfrute de vacaciones o baja temporal
ENFERMEROS/AS	 Con plaza o interinidad en la unidad a estudio Experiencia mínima de 3 meses	Los profesionales que se ausenten 15 días o más por disfrute de vacaciones o baja temporal, así como los profesionales que cubran su plaza de manera eventual. Los profesionales que acudan a cubrir una plaza por horas
AUXILIARES DE ENFERMERÍA	 Con plaza o interinidad en la unidad a estudio Experiencia mínima de 3 meses	Los profesionales que se ausenten 15 días o más por disfrute de vacaciones o baja temporal, así como los profesionales que cubran su plaza de manera eventual.

Tabla III: Criterios de inclusión y criterios de exclusión de la muestra

6.5 INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS

Para describir el nivel de conocimientos sobre aislamientos hospitalarios de los sujetos de la muestra, se realizará una encuesta a todos los participantes mediante un cuestionario que abordará variables sociodemográficas, formación continuada y conocimientos específicos de las normas de aislamiento. El cuestionario se adjunta como ANEXO 1

Para el desarrollo de la investigación y alcanzar los objetivos planteados, se usará una técnica de triangulación de métodos de recogida de datos. Se llevará a cabo la observación no participante con registro estructurado de observación y entrevistas individuales en profundidad para lograr comprender e indagar sobre los fenómenos.

6.5.1 OBSERVACIÓN NO PARTICIPANTE

Se trata de un método que consiste en la selección, observación y registro sistemático de acontecimientos, comportamientos y ambientes significativos para el problema que se investiga. En la observación uno mismo se encuentra inmerso en el escenario a estudio, durante un período de tiempo, donde se obtiene una perspectiva interna del escenario.⁽³⁶⁾

Este método de recogida de datos va a permitir a la investigadora adentrarse en profundidad en las situaciones sociales, mantener un papel activo y una reflexión permanente sobre los ambientes y sus actores, recoger información directamente de las situaciones naturales, pudiendo observar *in situ* los comportamientos de los participantes.

Se seguirá un “check list” abierto diseñado para la recogida de información. La observación se centrará en diversos elementos: Características y condiciones del individuo, actividades, adquisición y desempeño de habilidades, comportamientos, comunicación verbal,

comunicación no verbal y características del ambiente. Se adjunta “check list” (ANEXO 2).

La investigación se realizará desde la neutralidad, limitándose a la observación sin interaccionar con los participantes de la investigación.

6.5.2 ENTREVISTA ETNOGRÁFICA

La entrevista cualitativa genera la oportunidad para comprender los puntos de vista de los participantes en la investigación acerca de su mundo tal como es descrito en sus propias palabras. Es un método de recogida de datos que consiste en una conversación dirigida hacia las necesidades de información del investigador.⁽³⁶⁾

Se llevarán a cabo entrevistas individuales con las que se pretende explorar esa explicación, obtener información sobre qué piensan, sienten o creen las personas sobre sus experiencias.

Las entrevistas serán en profundidad por su carácter flexible y semi-estructurada en la que se utilizarán preguntas abiertas para que el participante proporcione una respuesta lo más amplia posible y cuente su historia de manera narrativa, conversacional e interactiva.

La entrevista completará las observaciones realizadas pero no las sustituirán. (ANEXO 3)

6.6 ESTRATEGIA DE RECOGIDA DE DATOS

Para iniciar el estudio, primero se procederá a la petición de permisos oportunos al Comité Autonómico de Ética de la Investigación (CAEI) de Galicia. Una vez concedidos los permisos, se contactará con el responsable de Procesos de Soporte del Hospital y la supervisión de la unidad en la que se va a realizar la investigación, con el propósito de

explicar en qué consiste el estudio, para qué se va a llevar a cabo y por qué se necesita la participación de los médicos/as, enfermeros/as y auxiliares de enfermería, así como cuál será su participación.

Posteriormente, se contactará con los profesionales sanitarios de la unidad. Se les explicará cuál será el procedimiento de la investigación y cuál será su participación. Además, se explicarán las técnicas de recogida de datos: la observación no participante, se llevara a cabo en un período de 6 meses en los tres turnos de trabajo; y las entrevistas semi-estructuradas e individuales que tendrán una duración de entre 20-30 minutos y se informará de la posibilidad de repetir la entrevista para la búsqueda de más datos. Se entregarán los consentimientos informados que serán firmados en caso de que se esté de acuerdo en la participación en el estudio.

Una vez firmados los consentimientos de forma voluntaria por parte de los participantes, se procederá a iniciar las observaciones y entrevistas. Las observaciones se anotarán de forma completa, precisa y detallada en el cuaderno de campo, describiendo con precisión y de forma literal, aquello que es observado en el escenario. Las notas de campo procurarán describir las reflexiones de la investigadora, sentimientos, ideas, momentos de confusión, corazonadas, interpretaciones etc... sobre lo que se observa.

Con el propósito de evitar el efecto denominado “Hawthorne” (así se define la tendencia de las personas a modificar sus hábitos porque son objeto de interés y atención especial en un estudio, independientemente de la naturaleza específica de la intervención que reciben) no se usarán las observaciones realizadas la primera semana para que el personal sanitario se acostumbre a la presencia de la investigadora y conseguir que dicho efecto no interfiera en la recogida de datos.

Las entrevistas semi-estructuradas serán individuales y se realizarán dentro del período de 6 meses de la observación. Se podrán modificar según lo observado en el campo y serán grabadas en audio y transcritas de forma textual para fines de análisis. Además se tomaran

notas de campo durante las entrevistas individuales anotando gestos, expresiones etc... de los participantes.

Tras cada período observacional, se revisará y contemplarán las notas recogidas en el campo y se transcribirán las entrevistas realizadas con el objetivo de analizar los datos a medida que van surgiendo y poder tomar decisiones con respecto al curso de la investigación, los temas a observar y las preguntas a realizar en sucesivas entrevistas.

6.7 ANÁLISIS DE LOS DATOS

El proceso de análisis de datos no es un proceso lineal ni predecible.

Al finalizar cada periodo observacional se revisará las notas recogidas en el campo y se transcribirán las entrevistas que se vayan realizando. Este primer contacto con lo datos permitirá empezar el proceso de abstracción, eliminando cualquier significado empírico que se haya asignado a los comportamientos, percepciones y creencias de los participantes o cualquier tipo de componente subjetivo que pueda derivar de la formación previa. Transcurridos los seis meses de observación, se realizará el análisis de los datos en todo su conjunto.

Para el análisis de los datos se realizará la codificación de la información recogida en el campo, organizando la información y resaltando todo aquello sobresaliente. Se realizará la fragmentación de los datos.

Posteriormente, se asignará un código a las unidades de significado (conjunto de palabras o frases relacionadas con el mismo significado) que permitirán encontrar y agrupar los segmentos de los datos relacionados.

El proceso seguirá con la reagrupación de los códigos que comparten aspectos comunes creando categorías con una denominación más general. Estas categorías concentran las ideas, conceptos o temas similares descubiertos por la investigadora.

Por último se relacionarán las categorías obtenidas entre sí, buscando los vínculos que puedan existir entre ellas y se les dará una última denominación que abarque el sentido de todas las categorías. De este modo se creará un cuerpo de datos importante que de otra manera podría parecer que no están relacionados.

Todo el proceso permitirá realizar un árbol conceptual con los códigos, categorías, y temas, y realizar un análisis inferencial, consiguiendo una interpretación del significado subyacente.

Finalizado todo el proceso de la investigación, se elaborará el informe con los resultados obtenidos y se difundirán los datos en diferentes revistas nacionales e internacionales, así como en congresos relacionados con el control de infecciones e infecciones nosocomiales.

6.8 RIGOR Y CREDIBILIDAD

Toda investigación debe responder a unos criterios de rigor que permitan la evaluación de la calidad de la investigación. Según Guba y Lincoln (1981) cuando se desea valorar cualquier tipo de investigación tienen que estar presentes cuatro aspectos:

- El valor verdadero, se refiere a la confianza que puede haber en que los hallazgos que se han obtenido con un estudio sean veraces.

- La aplicabilidad, hace referencia al grado en el que los hallazgos de un estudio se pueden aplicar a otros contextos o participantes.
- La consistencia, se utiliza para referirse a los resultados de un estudio y si éstos volverían a obtenerse si se repitiera el estudio en el mismo contexto, o similar, y con los mismos participantes, o similares.
- La neutralidad, se refiere al grado con el que los hallazgos de un estudio emergen sólo de los participantes y del contexto de una investigación y no de sesgos, motivos, intereses, perspectivas etc... del investigador.

Para asegurar el rigor y credibilidad de la investigación se utilizaran procedimientos y estrategias a lo largo de todo el proceso, desde la recogida de información hasta el análisis de los datos, para conseguir la aplicación de los criterios anteriormente mencionados.

- El valor verdadero. Las estrategias que se pretenden adoptar para asegurar la credibilidad serán:
 - El material de referencia, consulta de los protocolos disponibles en la unidad que expliquen las medidas a tomar en los aislamientos.
 - Una observación persistente, en un período de 6 meses, ampliable si fuese necesario hasta alcanzar la saturación de los datos.
 - La triangulación de técnicas de recogida de datos: la observación no participante y la entrevista semi-estructurada

- La comprobación de los resultados con los participantes, programando reuniones individuales al final del proceso del análisis y confirmar que los datos recogidos y transcritos de cada participante son reales y corresponden con la realidad vivida.
- La aplicabilidad. Como estrategia de este criterio se empleará un muestreo intencional, teórico y de conveniencia, con una recolección de datos hasta alcanzar la saturación (en caso de no alcanzar la saturación se alargara el estudio, realizando observaciones en otras unidades con otros perfiles de informantes) y se realizarán descripciones exhaustivas de los resultados obtenidos.
- La consistencia. Teniendo en cuenta la naturaleza cambiante del fenómeno, la investigación cualitativa busca la estabilidad de la información. Se describirán de manera minuciosa a los informantes y las técnicas de recogida de datos (“check list” y las entrevistas semi-estructuradas) y análisis de los datos (análisis del contenido) para garantizar cumplir este criterio.
- La neutralidad. Para garantizar que los descubrimientos de la investigación no están sesgados por motivaciones, intereses y perspectivas de la investigadora se realizarán descripciones de baja inferencia, se comprobarán los resultados obtenidos con los participantes en reuniones individuales programadas, al finalizar el período de análisis de los datos y se explicará el posicionamiento de la investigadora con respecto al objeto de estudio.

7. LIMITACIONES

El desarrollo de la investigación puede verse limitada por los propios comportamientos de los participantes en el estudio. Éstos pueden modificar su comportamiento de una manera inconsciente al ser observados, y cumplir mejor las tareas asignadas de lo que lo harían si no se encontraran en dicha situación. El investigador puede ser visto como intruso e incomodar a los participantes en el desempeño de sus tareas.

Para intentar evitar esta situación, no se usará la primera semana de observación realizada, con el objetivo que los participantes se acostumbren a la presencia de la investigadora, y poder ser considerada como una más en su ámbito y lograr conseguir comportamientos reales.

8. PLAN DE CONTINGENCIA

La unidad elegida para realizar la investigación cuenta con un número de personal reducido, influyendo en el tamaño de la muestra y puede perjudicar a la hora de alcanzar la saturación de los datos.

Esta situación se puede ver agravada si los profesionales de la unidad con los que contamos para llevar a cabo la investigación, deciden no participar.

A partir de esta previsión, la posibilidad de no alcanzar la saturación de los datos recogidos en el período de 6 meses, se ampliará el estudio a otras unidades de similares características, o a otras unidades buscando diferentes perfiles de informantes, aumentando los tiempos de observación hasta alcanzar la saturación de los datos.

9. ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

Los aspectos éticos son inherentes a toda investigación en la que participen seres humanos, sea cual sea el enfoque teórico-metodológico empleado.

En los últimos años, se han establecido diversos códigos, normas y leyes sobre la realización de investigaciones en seres humanos como la Declaración de Helsinki, el Código de Núremberg o el Convenio de Oviedo entre otros. En la legislación española, la Ley 14/2007 de investigación biomédica pretende garantizar el respeto por la dignidad y la integridad en la investigación relacionada con la salud.

El imperativo categórico compartido por la mayoría de estos códigos éticos es que la investigación debe salvaguardar la dignidad, derechos, seguridad y bienestar de todos los participantes de la investigación.

Los principios de la Bioética (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia) se basan las normas de conducta ética en la investigación biomédica. El principio de autonomía se basa en el respeto por las decisiones autónomas, y la protección de las personas cuya autonomía está disminuida y deteriorada. El segundo principio, la beneficencia, se refiere a la obligación de maximizar los posibles beneficios y minimizar los posibles riesgos para los participantes y su consecuencia. La no maleficencia se basa en no hacer daño a los participantes de la investigación y por último, el cuarto principio, la justicia, se refiere especialmente a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación.

Para llevar a cabo esta investigación, y en primera instancia, se procederá a solicitar los permisos necesarios, al responsable de Procesos de Soporte del Hospital, a los coordinadores de las unidades asistenciales y al Comité Autonómico de Ética de la investigación (CAEI) de Galicia.

Todos los participantes en la investigación serán informados del tipo de estudio, así como, los métodos de recogida de datos y el análisis de los mismos, recurriendo finalmente a ellos para contrastar los resultados obtenidos y confirmar la veracidad de nuestras conclusiones. Además se les informarán a los participantes que los resultados obtenidos serán difundidos como información científica. Se les proporcionará una hoja informativa del estudio en la que se pide la colaboración de manera totalmente voluntaria, sin ningún tipo de compromiso, y con posibilidad de abandonar su participación en cualquier momento que se considere, por cualquier causa que consideren oportuna y sin necesidad de proporcionar ninguna clase de explicación. (Hoja informativa ANEXO 4)

Para la participación en el estudio, será imprescindible la firma de un consentimiento informado, en el cual se especifica la información la información anterior. Tanto los participantes como la investigadora estarán en posesión de una copia del consentimiento. Se adjunta consentimiento informado (ANEXO 5)

Se mantendrá el anonimato de los participantes en todo momento. Los datos serán tratados según lo recogido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de datos de carácter personal, que tiene por objeto garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar. Los participantes serán tratados según los derechos ARCO y podrán acceder, rectificar, cancelar u oponerse en el uso de sus datos, teniendo el control sobre sus datos personales. Las grabaciones realizadas durante las entrevistas serán destruidas después del proceso de transcripción de los datos.

Los participantes en el estudio y la investigadora no obtendrán ningún tipo de beneficio económico.

10. PLAN DE TRABAJO

El estudio se iniciará en el mes de Septiembre del 2014 y se desarrollará en los siguientes 18 meses.

ACCIONES	MES																	
	M 1	M 2	M 3	M 4	M 5	M 6	M 7	M 8	M 9	M 10	M 11	M 12	M 13	M 14	M 15	M 16	M 17	M 18
Búsqueda bibliográfica																		
Petición de permisos																		
Contacto con la unidad																		
Conocer participantes																		
Observación no participante																		
Entrevistas semi-estructuradas																		
Procesamiento de los datos																		
Elaboración del informe																		
Comprobación de los resultados																		
Difusión de los resultados																		

Tabla IV: Plan de trabajo

11. MEMORIA ECONÓMICA

10.1 RECURSOS NECESARIOS

CONCEPTO	COSTE UNITARIO (€)	COSTE TOTAL (€)
INFRAESTRUCTURA		
La observación se realizará en la unidad a estudiar. Las entrevistas se realizarán en el despacho de la supervisora de la planta (previa petición)	0€ (previa petición)	
RECURSOS HUMANOS		
Tanto la recogida de datos como el análisis de los mismos los realizará exclusivamente la investigadora. Los datos y resultados se contrastarán solo con los participantes.	0€, Participación voluntaria sin remuneración	
MATERIAL INVENTARIABLE		
Portátil	500€	500€
USB	20€	20€
Grabadora de voz digital	45€	45€
Impresora multifunción	80€	80€
MATERIAL FUNGIBLE		
Folios	4€	8€
Bolígrafos	0,20€	2€
Cuaderno de notas	5€	10€
Cartuchos tinta (1 tóner negro y 3 tóner color)	10€	60€
PROGRAMA PARA LA AYUDA EN EL ANÁLISIS DE LOS DATOS		
Atlas ti	75€	75€
TRANSPORTE		
Bus urbano	0,84€	504€
DIFUSIÓN DE RESULTADOS		
Asistencia a congresos Media del coste por asistencia (inscripción, traslado y estancia)	450€	1350€
TOTAL (€)		2654€

Tabla V: Costes y recursos necesarios.

10.2 POSIBLES FUENTES DE FINANCIACIÓN

Se solicitará subvención económica para desarrollar la investigación y para asistir a congresos con el fin de difundir los resultados. Se solicitarán ayudas a la Fundación Mapfre y al Colegio Profesional de Enfermería.

- Fundación Mapfre ofrece cada año, ayudas para la investigación en el ámbito de la salud, dirigidas a investigadores o equipos de investigación del ámbito académico y profesional, que deseen desarrollar programas de investigación, de forma independiente o en el marco de las universidades, hospitales, empresas o centros de investigación a los que estén adscritos.
- Colegio profesional de enfermería de A Coruña oferta becas para la participación en congresos y seminarios, siempre y cuando se presenten ponencias, comunicación o posters y hayan sido aceptadas por la organización. Cuando la actividad se desarrolle en la Comunidad Autónoma de Galicia la dotación económica será de un máximo de 60€; para el resto de la península ibérica un máximo de 90€. Si la actividad se desarrolla en cualquier otro lugar, la dotación máxima será de 150€.

12. DIFUSIÓN DE RESULTADOS

Para dar a conocer los resultados de la investigación una vez finalizada, se tratará de publicar los resultados, tanto en revistas (nacionales e internacionales), como en congresos que tengan relación con el tema estudiado.

En la elección de las revistas para la publicación se tendrá en cuenta el factor de impacto y la temática tratada en cada revista. Para las revistas internacionales, se consultará el factor de impacto a través de “Journal Citations Report” (JCR). Las revistas internacionales previstas para la publicación son las siguientes:

NOMBRE DE LA REVISTA	FACTOR DE IMPACTO	CUARTIL
Social Science and Medicine	2,733	Q2
International journal of nursing practice	0,881	Q2
Revista latino Americana de enfermería	0,540	Q4

Tabla VI: IF revistas internacionales

El factor de impacto de las revistas españolas se consultará a través del JCR, el índice de citación elaborado por la base de datos Cuiden, denominado Repercusión Inmediata Cuiden (RIC), y a través de Clasificación Integrada de Revistas Científicas (CIRC)

Las revistas españolas previstas para la publicación son:

NOMBRE DE LA REVISTA	FACTOR DE IMPACTO	CUARTIL	CLASIFICACIÓN INTEGRADA (CIRC)
Enfermedades infecciosas y microbiología	1,478 (JCR)	Q4	Grupo A
Index de Enfermería	1,568 (RIC)	Q1	Grupo C
Enfermería Clínica	0,709 (RIC)	Q3	Grupo C

Tabla VII: IF revistas nacionales

El orden de publicación será atendiendo al FI (en una escala de mayor a menor) empezando por “Social Science and Medicine” como revista de carácter internacional e “Enfermedades infecciosas y microbiología” como revista de carácter nacional.

Además de las revistas, se difundirán los resultados en congresos que coincidan en temática y estén dirigidos al colectivo enfermero.

- XVIII ENCuentro INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS: Vitoria-Gasteiz; España 2014
- XXXII REUNIÓN CIENTÍFICA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA: Alicante; España 2014
- XIV CONGRESO SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA CLÍNICA: Sevilla; España 2015

13. ESTRATEGIA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

La búsqueda bibliográfica se ha realizado con el fin de adentrarme en la temática de la investigación que se quiere desarrollar, para conocer la situación de la que puedo partir, así como para adquirir conocimientos necesarios para llevar cabo las observaciones y entrevistas. La búsqueda se inició el mes de Enero continuando hasta finalizar el proyecto.

Las bases de datos consultadas han sido: CINAHL, COCHRANE PLUS, ScIELO, SCOPUS, MEDLINE, PUBMED y GOOGLE ACADÉMICO. Se usaron como palabras clave "Patients isolation" AND "professional compliance" y "cumplimiento AND aislamientos

hospitalarios” limitando la búsqueda a artículos en español e inglés y partir del año 2005.

Se realizó una segunda búsqueda en las mismas bases de datos con las palabras clave “perception” OR “beliefs” AND “infection control” y “Percepciones OR creencias AND Control de infección”, limitando la búsqueda a artículos en español e inglés y a partir del año 2005.

BASES DE DATOS	PRIMERA BÚSQUEDA (Enero/Febrero)	SEGUNDA BÚSQUEDA (Febrero/Marzo)	LIMITES
CINAHL, COCHRANE PLUS, SciELO SCOPUS MEDLINE PUBMED	"Patients isolation" AND "professional compliance"	"perception" OR "beliefs" AND "infection control"	2005-2014 Artículos Español e Inglés
GOOGLE ACADÉMICO	"Patients isolation" AND "professional compliance" Cumplimiento AND aislamientos hospitalarios	"perception" OR "beliefs" AND "infection control" Percepciones OR Creencias AND Control de infecciones	2005-2014 Artículos Español e Inglés

Tabla VIII: Estrategia de búsqueda bibliográfica

14. BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez-Raso E, Hernández-Corral S. Breves aspectos de la enfermería según Florence Nightingale. *Enf Neurol* 2013;12(1):45–7.
2. Nightingale F. Notas sobre enfermería Qué es y qué no es. 1ª Ed. Barcelona. Editorial Manson y Salvat Enfermería (Versión española)
3. Ministerio de salud. Perú. Manual de aislamiento hospitalario. 2003.
4. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2007. Un porvenir más seguro. protección de la salud pública mundial en el siglo XXI. 2007 p. 17–35. Disponible en:

http://www.who.int/whr/2007/07_report_es.pdf
5. Siegel JD, Rhinehart E, Cic RNMPH, Jackson M, Brennan PJ, Bell M. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. 2007. Disponible en:

<http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/isolation2007.pdf>
6. Hospital Santos Reyes. Junta de Castilla y León. Precauciones y aislamientos en patología infecciosa. [acceso 4 feb 2014]. 2013. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/HSReyesAranda/es/calidad/precauciones-aislamientos-patologia-infecciosa>
7. Sociedad Española de medicina preventiva salud pública e higiene. Estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales en España. Mayo-Junio 2013 Disponible en:

<http://hws.vhebron.net/epine/Descargas/EPINE-EPPS2013%20Informe%20Global%20de%20Espa%C3%B1a%20Resumen.pdf>

8. OMS.[Internet] Resistencia a los antimicrobianos (RAM). 2012[actualizado el 2014; citado el 22 de Feb 2014] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs194/es/>
9. Molina-Cabrillana J, Alvarez-León EE, Quori A, García-de Carlos P, López-Carrió I, Bolaños-Rivero M, et al. Impacto de la mejora de la higiene de manos sobre las infecciones hospitalarias. Rev Calid Asist. 2014;25(4): 215–22. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20456994>
10. Palanca MCM. Impacto de un Programa Docente sobre la Higiene de manos en un hospital General [Tesis Doctoral]. Madrid: Universidad complutense de Medrid. Facultad de Medicina; 2010.
11. Sánchez-Payá J, Dolores Galicia-García M., Gracia-Rodríguez RM., García-González C, Fuster-Pérez M, López-Fresneña N, et al. Grado de cumplimiento y determinantes de las recomendaciones sobre la higiene de manos. Enferm Infec Microbiol Clin. 2007 Jul;25(6):369–75.Disponible en:

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213005X07743094>
12. CDC, APIC, SHEA. How-to Guide: Improving Hand Hygiene among Health Care Workers. Disponible en: http://www.shea-online.org/Assets/files/IHI_Hand_Hygiene.pdf
13. Akyol A, Ulusoy H, Ozen I. Handwashing: A simple, economical and effective method for preventing nosocomial infections in intensive care units. J Hosp Infect. 2006;62(4):395–405.
14. Sociedad Española de medicina preventiva salud pública e higiene. Resultados del "Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España (EPINE-EPPS 2012)". 2012. Disponible en: [http://hws.vhebron.net/epine/Descargas/Resultados%20EPINE-EPPS%202012%20Resumen%20\(v1_1\).pdf](http://hws.vhebron.net/epine/Descargas/Resultados%20EPINE-EPPS%202012%20Resumen%20(v1_1).pdf)

15. Padilla-Ortega B. Staphylococcus aureus resistente a la meticilina y personal sanitario. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013 Oct; 31(8):497–9. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23732045>
16. Gobernado M. Betalactamasas de espectro extendido en aumento. *Rev Esp Quimioterap*. 2005;18(2):115–7.
17. Olaechea PM, Insausti J, Blanco A, Luque P. Epidemiología e impacto de las infecciones nosocomiales. *Med Intensiva*. 2010 May;34(4):256–67. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20096484>
18. Fuentes-Gómez V, Crespillo-García E, Luna-Rodríguez M, Fontalba-Díaz F, Gavira-Albiach P, Rivas-Ruiz F, et al. Factores predisponentes , facilitadores y reforzadores de la higiene de manos en un ámbito hospitalario. *Rev Calid Asist*. 2012;27(4):197–203.
19. Parmeggiani C, Abbate R, Marinelli P, Angelillo IF. Healthcare workers and health care-associated infections: knowledge, attitudes, and behavior in emergency departments in Italy. *BMC Infect Dis*. 2010 Jan;10:35–43. Disponible en:
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2848042&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
20. Vásquez YGM. Percepción de las enfermeras sobre las medidas de bioseguridad que aplica el equipo de enfermería durante la atención de los pacientes en los servicios de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión.[Tesis]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana; 2005.
21. Burnett E, Kearney N, Johnston B, Corlett J, MacGillivray S. Understanding factors that impact on health care professional risk

- perceptions and responses toward *Clostridium difficile* and meticillin-resistant *Staphylococcus aureus*: A structured literature review. *AM J Infect Control*. 2013;41(5):394–400.
22. Anaya-flores VE, Conde-cazares N, Castillo-garcía L, León-moreno C, Simpson BA. Conocimiento del personal de enfermería sobre infecciones nosocomiales , prevención y práctica de medidas de seguridad e higiene. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2009;17(3):133–8.
23. Askarian M, Mirzaei K, Mundy LM, McLaws M-L. Assessment of knowledge, attitudes, and practices regarding isolation precautions among Iranian healthcare workers. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2005 Jan;26(1):105–8. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15693417>
24. Sax H, Perneger T, Hugonnet S, Herrault P, Chraïti M-N, Pittet D. Knowledge of standard and isolation precautions in a large teaching hospital. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2005 Mar;26(3):298–304. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15796284>
25. De Oliveira AC, Mascarenhas D, Cardoso C. Conocimiento y comportamiento de las profesionales de un centro de terapia intensiva en relación a la adopción de las precauciones de contacto. *Rev Latino-am Enfermagem* 2009;17(5).
26. Freire E, Rivera C, Salamea J, Semería V. Conocimientos del personal del Hospital Vicente Corral Moscoso sobre Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias. *Rev Med HJCA*. 2013;5(1):17–20.
27. Easton P, Sarma A, Williams F, Marwick C, Phillips G, Nathwani D. infection control and management of MRSA: assessing the

- knowledge of staff in an acute hospital setting. *J Hosp Infect.* 2007;66(1):29–33.
28. Halcomb EJ, Griffiths R, Fernandez R. The role of patient isolation and compliance with isolation practices in the control of nosocomial MRSA in acute care. *Int J Evid Based Healthc.* 2008 Jun;6(2):206–24. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21631821>
29. Arangú L, Coronado G, Coronado M, De Santiago L. Normas de bioseguridad del personal de enfermería en prevención de infecciones nosocomiales Unidad de medicina de hombres. [Tesis]. Barquisemeto: Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado. Decanato de la salud; 2011.
30. Weber DJ, Sickbert-Bennett EE, Brown VM, Brooks RH, Kittrell IP, Featherstone BJ, et al. Compliance with isolation precautions at a university hospital. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2007 Mar;28(3):358–61. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17326031>
31. Martel J, Bui-Xuan E-F, Carreau A-M, Carrier J-D, Larkin E, Vlachos-Mayer H, et al. Respiratory hygiene in emergency departments: compliance , beliefs , and perceptions . *Am J infect Control.* 2013;41(1):8–14.
32. Gershon R, Vlahov D, Felknor S, Vesley D, Johnson P, Delcios G, et al. Compliance with universal precautions among health care workers at three regional hospitals. *Am J Infect Control.* 2005;23(4):225–36.
33. Jenner E, Fletcher B, Watson P, Jones F, Miller L, Scott G. Discrepancy between self-reported and observed hand hygiene behaviour in healthcare professionals. *J Hosp Infect* 2006;63(4):418–22.

34. Jessee M, Mion L. Is evidence guiding practice? Reported versus observed adherence to contact precautions: a pilot study . Am J Infect Control 2013;41(11):965–70.
35. Seibert D, Speroni K, Oh K, Devoe M, Jacobsen K. Preventing transmission of MRSA: a qualitative study of health care workers ' attitudes and suggestions. Am J Infect Control. 2014;42(4):405–11.
36. Arantzamendi M, López-Diicastillo O, Vivar CG, Investigación cualitativa, Manual para principiantes. 1ª Ed. España: Editorial Eunate; 2012

15. ANEXOS

ANEXO 1: CUESTIONARIO DESCRIPTIVO

El presente cuestionario es de carácter anónimo y voluntario. Los datos serán tratados de forma confidencial.

El objetivo de este cuestionario será la descripción de la muestra del estudio con los ítems: Datos sociodemográficos, cuestiones de formación continuada y cuestiones de conocimientos de las medidas a tomar en los aislamientos.

Ruego que respondan a todas las preguntas y en caso de duda póngase en contacto con el distribuidor del mismo.

Muchas gracias por su colaboración.

Marque con una X en el cuadrado, solo una respuesta

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

- SEXO:
 - ☐ Hombre
 - ☐ Mujer

- EDAD:

- TIEMPO TRABAJADO:

- VINCULO:
 - ☐ Fijo
 - ☐ Interino
 - ☐ Eventual
 - ☐ Otros

▪ CATEGORÍA PROFESIONAL:

- ☐ Médico
- ☐ Enfermero/a
- ☐ Auxiliar enfermería

FORMACIÓN CONTINUADA

- ¿Ha realizado cursos sobre aislamientos?
 - ☐ SI → (Número de cursos realizados ____)
 - ☐ NO

CUESTIONES DE LOS CONOCIMIENTOS DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE LOS AISLAMIENTOS

Señale verdadero “V” o falso “F” según corresponda, a las afirmaciones que se plantean a continuación.

- Con respecto a la PRECAUCIONES ESTÁNDAR:
 - ☐ Las precauciones estándar no deben de ser consideradas en los aislamientos ya que tienen precauciones específicas
 - ☐ El lavado de manos sólo se realiza después de la manipulación de equipos que hayan tenido contacto con superficies del paciente y/o con el paciente.
 - ☐ No es necesario la higiene de manos diferentes procedimientos efectuados en el mismo paciente.
 - ☐ El tiempo de duración del lavado de manos debe ser superior a 10 segundos.

- Con respecto al AISLAMIENTO DE CONTACTO:
 - ☐ Es imprescindible que la puerta permanezca cerrada en todo momento.
 - ☐ Siempre hay que ponerse las medidas protectoras aunque no se toque al paciente ni su entorno inmediato.
 - ☐ El material de protección debe de tirarse en un contenedor fuera de la habitación.
 - ☐ No es necesario que los acompañantes de los pacientes tomen medidas de prevención ya que no van a estar en contacto con otros pacientes
 - ☐ El material y los instrumentos empleados con un paciente aislado de contacto no puede salir de la habitación del paciente.

- Con respecto al AISLAMIENTO POR GOTITAS:
 - ☐ El paciente puede compartir habitación con otros pacientes en sus mismas condiciones.
 - ☐ El aire de la habitación necesita un tratamiento especial.
 - ☐ Solo hay riesgo de contagio cuando se produce un procedimiento invasivo que pueda haber secreciones.
 - ☐ El paciente puede salir de la habitación cuando crea necesario si mantiene una higiene respiratoria y uso de mascarilla.
 - ☐ La puerta de la habitación puede permanecer abierta períodos cortos de tiempo.

- Con respecto al AISLAMIENTO POR AIRE:
 - ☐ La transmisión del agente patógeno en un aislamiento por aire puede producirse incluso a largas distancias.
 - ☐ No es necesario el tratamiento especial del aire.
 - ☐ El personal está protegido con el uso de mascarillas quirúrgicas.
 - ☐ La puerta debe estar permanentemente cerrada
 - ☐ El equipo de protección debe de ponerse antes de entrar en la habitación del paciente.

ANEXO 2: "CHECK LIST" DE LA OBSERVACIÓN

OBSERVACIÓN N°:			CATEGORIA:			FECHA:			HORA:		
 AISLAMIENTO DE CONTACTO 											
CONDICIONES DEL ENTORNO	Habitación individual			ACTITUDES Y PRACTICAS DE LOS PROFESIONALES	Reacción ante sospecha de infección: _____						
	Baño individual				Us o EPI	Guantes			¿Uso correcto?		
						Bata					
						Mascarilla					
						Gafas					
	Acceso a EPI	Guantes				Medidas entre pacientes de misma habitación	Cambio guantes				
		Bata					Cambio bata				
		Mascarilla					HM				
		Gafas					Distancia				
	Cartel informativo visible				Higiene de manos (HM)	Entrar					
						Salir					
						Cambio a zona NO contaminada					
	Material exclusivo					Información al paciente	Adecuada				
							No adecuada				
Jabón antimicrobiano			Información a visitas	Adecuada							
				No adecuada							
Toallas desechables			Medidas en el traslado paciente								
Gel desinfectante			Desechos dentro de la habitación								
Contenedores dentro habitación			Sacar material								
			Desinfección material								
			Habitación	Limpieza							
				Desinfección							
COMUNICACIÓN DEL EQUIPO	Comunicación de sospecha de infección			RELACIÓN ENTRE PROFESIONALES	Reacción ante NO información de una sospecha: _____						
	Comunicación otras unidades				Influencia en el comportamiento	Creencias de otros					
						Críticas/ reproches					
	Información rápida y efectiva				Conflictos entre profesionales						
	Reproches/protestas por NO informar				Miedo a conflictos entre compañeros						
	Promoción del uso de EPI				Actitud de sumisión						
	Crítica por uso de EPI por ser costosos				Compañerismo						
	Gestos no aprobadores				OBSERVACIONES:						

OBSERVACIÓN N°:		CATEGORIA:		FECHA:		HORA:	
 AISLAMIENTO POR AIRE 							
CONDICIONES DEL ENTORNO	Hab. individual con presión negativa		ACTITUDES Y PRACTICAS DE LOS PROFESIONALES	Reacción ante sospecha de infección:			
	Baño individual			Uso EPI	Guantes	¿Uso correcto?	
					Mascarilla		
					Bata		
					Gafas		
	Acceso a EPI	Guantes		Medidas entre pacientes de misma habitación	Cambio guantes		
		Mascarilla			Cambio mascarilla		
		Bata			HM		
		Gafas			Distancia		
	Cartel informativo visible			Higiene de manos (HM)	Entrar		
					Salir		
	Material exclusivo			Habitación cerrada	Puerta		
					Ventana		
	Jabón antimicrobiano			Información al paciente	Adecuada		
					No adecuada		
Toallas desechables		Información a visitas	Adecuada				
Gel desinfectante			No adecuada				
Contenedores dentro habitación		Medidas en el traslado paciente					
		Desechos dentro de la habitación					
		Sacar material					
		Desinfección material					
		Habitación	Limpieza				
			Desinfección				
COMUNICACIÓN DEL EQUIPO	Comunicación de sospecha de infección		RELACIÓN ENTRE PROFESIONALES	Reacción ante NO información de una sospecha: _____			
	Comunicación otras unidades			Influencia en el comportamiento	Creencias de otros		
					Criticas/reproches		
	Información rápida y efectiva			Conflictos entre profesionales			
	Reproches/protestas por NO informar			Miedo a conflictos entre compañeros			
	Promoción del uso de EPI			Actitud de sumisión			
	Crítica por uso de EPI por ser costosos			Compañerismo			
	Gestos no aprobadores			OBSERVACIONES:			

OBSERVACIÓN N°:			CATEGORIA:			FECHA:			HORA:		
 AISLAMIENTO POR GOTITAS 											
CONDICIONES DEL ENTORNO	Habitación individual			ACTITUDES Y PRACTICAS DE LOS PROFESIONALES	Reacción ante sospecha de infección: _____						
	Baño individual				Uso EPI	Guantes		¿Uso correcto?			
						Mascarilla					
						Bata					
						Gafas					
	Acceso a EPI	Guantes			Medidas entre pacientes de misma habitación	Cambio guantes					
		Mascarilla				Cambio mascarilla					
		Bata				HM					
		Gafas				Distancia					
	Cartel informativo visible				Higiene de manos (HM)	Entrar					
	Material exclusivo				Salir						
	Jabón antimicrobiano				Información al paciente	Adecuada					
					No adecuada						
	Toallas desechables				Información a visitas	Adecuada					
Gel desinfectante			No adecuada								
Contenedores dentro habitación			Medidas en el traslado paciente								
			Desechos dentro de la habitación								
			Sacar material								
			Desinfección material								
			Habitación	Limpieza							
			Desinfección								
COMUNICACIÓN DEL EQUIPO	Comunicación de sospecha de infección			RELACIÓN ENTRE PROFESIONALES	Reacción ante NO información de una sospecha: _____						
	Comunicación otras unidades				Influencia en el comportamiento	Creencias de otros					
						Criticas/reproches					
	Información rápida y efectiva				Conflictos entre profesionales						
	Reproches/protestas por NO informar				Miedo a conflictos entre compañeros						
	Promoción del uso de EPI				Actitud de sumisión						
	Critica por uso de EPI por ser costosos				Compañerismo						
	Gestos no aprobadores				OBSERVACIONES:						

ANEXO 3: MODELO DE ENTREVISTA A LOS PARTICIPANTES

- ¿Cómo es tu experiencia cuando trabajas con pacientes aislados?
- ¿Qué riesgos crees que conlleva un mal cumplimiento de las medidas preventivas?
- ¿Estás de acuerdo en cómo se llevan a cabo los aislamientos en tu unidad?
 - Respuesta sí o no, ¿Por qué?
 - En caso de que fuera no, ¿cómo influye en tu comportamiento ante las medidas preventivas el no estar de acuerdo en cómo se llevan a cabo los aislamientos?
- ¿Crees que se toman las medidas preventivas de manera adecuada por parte del personal?
 - En caso de contestar no, ¿Qué profesionales son los que menos acatan las medidas preventivas?
 - ¿Cuáles son las medidas preventivas que no se aplican o que menos se aplican?
 - ¿Qué cambiarías para mejorar el cumplimiento?
- ¿Cuál es tu opinión del incumplimiento de las medidas preventivas de los aislamientos?
- ¿Cuál es tu opinión acerca de la información que se le da al paciente y sus familiares de las medidas que deben adoptar durante su hospitalización? ¿Crees conveniente mejorar la información que se aporta? ¿Por qué? ¿Cómo la mejorarías?

- ¿Cómo es la comunicación entre los profesionales con respecto a la gestión de los aislamientos hospitalarios?
- Cuando hay una sospecha de enfermedad infecciosa, ¿es avisado el personal para tomar medidas?
 - En caso de que la respuesta sea no, ¿Crees que es lo correcto? ¿Cómo crees que te puede repercutir esta situación?
- ¿Has estado alguna vez en alguna situación en la que no se te informó de la posible presencia de una enfermedad infecciosa?
 - En caso de que la respuesta sea sí, ¿cómo te sentiste en ese momento?
 - En caso de que la respuesta sea no plantear: si te encontraras en una situación así, ¿Cómo te sentirías?
 - ¿Cómo reaccionarías en esta situación? ¿Hablarías con el responsable que tendría que comunicártelo? Respuesta sí o no, ¿Por qué? ¿Qué piensas que sería correcto en esta situación?
 - ¿Cómo crees que influiría en la rutina de trabajo? ¿Crees que se crearían conflictos en el equipo multidisciplinar? ¿Por qué? ¿Cómo crees que influye el riesgo de que se produzcan estos conflictos en ti y tus compañeros de trabajo?
- ¿Cómo crees que influye el comportamiento de los otros profesionales sanitarios en tus actos?

- ¿Crees que los profesionales sanitarios tienen una formación adecuada sobre aislamientos y las medidas preventivas?
 - Respuesta sí o no, ¿Por qué?
 - ¿Cómo crees que influiría que el personal acudiera a cursos formativos sobre este tema?
 - ¿Crees que se promueve la formación en este tema? ¿Cómo? ¿Qué harías tú para favorecer/mejorar la formación de los profesionales?
 - ¿Por qué asistirías tú a un curso formativo de aislamientos?

ANEXO 4: HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

TÍTULO: Creencias y percepciones de los profesionales sanitarios del CHUF del riesgo del incumplimiento de los aislamientos hospitalarios.

INVESTIGADORA: Natalia Martínez Sieira

Este documento tiene por objeto ofrecer información sobre el estudio de investigación en el que se le invitó a participar. Este estudio se va a llevar a cabo en las unidades de Medicina Interna del CHUF y se ha solicitado aprobación al Comité Autonómico de Investigación de Galicia.

Si decide participar en el estudio, recibirá información personalizada de la investigadora, debe de leer este documento antes y hacer todas las preguntas que considere necesarias para comprender los detalles del mismo. Si lo desea, puede llevarse el documento, consultarlo con otras personas y tomarse el tiempo necesario para tomar la decisión de participar o no.

La participación en el estudio es completamente voluntaria, usted puede decidir no participar o, si acepta participar, puede cambiar de parecer retirando el consentimiento en cualquier momento sin necesidad de dar explicaciones.

¿Cuál es el propósito del estudio?

Se pretende conocer cuáles son las creencias y percepciones de los profesionales sanitarios del riesgo que conlleva el mal cumplimiento de las medidas preventivas de los aislamientos hospitalarios. El enfoque planteado es debido a que existe evidencia del mal cumplimiento de las medidas preventivas, así como la higiene y desinfección de las manos,

observando unos porcentajes muy por debajo de lo deseable. Se pretende estudiar cuáles son los comportamientos de los médicos/as, enfermeros/as y auxiliares de enfermería ante medidas preventivas de los aislamientos hospitalarios y, si estos comportamientos están influenciados con la percepción de riesgo.

¿En qué consiste mi participación?

Su participación consistirá en permitir que la investigadora observe el desempeño de su trabajo habitual en el cuidado de pacientes aislados. Además participará en una entrevista semi-estructurada individual en la que se le realizarán preguntas sobre el tema de respuesta abierta.

Es posible que tras la realización de estas dos técnicas de recogida de datos, sea necesario volver a contactar con usted para obtener nuevos datos considerados importantes para el estudio, o para matizar en algunos aspectos que ya hayan sido tratados anteriormente.

Toda persona que decida participar en la investigación, simplemente deberá actuar con total normalidad mientras se está realizando la observación y contestar a las preguntas de la entrevista con la mayor sinceridad posible para que los datos recogidos sean realistas.

Su participación tendrá una duración total de 14 días de observación no participante y media hora para la realización de la entrevista.

La investigadora puede decidir terminar el estudio antes de lo previsto o suspender su participación por la aparición de nueva información pertinente o por no cumplir con los procedimientos del estudio.

¿Qué riesgos o inconvenientes tiene?

Los inconvenientes que le puedan ocasionar la investigación consisten en que le puede parecer incomodo el hecho de ser observado.

¿Recibiré los resultados que se obtengan del estudio?

Si usted lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados obtenidos.

¿Se publicarán los resultados de este estudio?

Los resultados obtenidos en este estudio se presentarán a las publicaciones científicas para su difusión, pero no se transmitirá cualquier información que pueda llevar a la identificación de los participantes.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

El tratamiento, la comunicación y la cesión de datos se realizará de conformidad con lo dispuesto en la Ley 15/1999 de Diciembre, de protección de datos personales. En todo momento, usted tendrá acceso a sus datos, pudiendo rectificarlos o cancelarlos.

Solo el equipo de investigadores, que tienen deber de guardar la confidencialidad, tendrá acceso a todos los datos recogidos por el estudio. Se podrá transmitir a terceros información que no pueda ser identificada. En el caso de que alguna información sea transmitida a otros países, se realizará con un nivel de protección de los datos equivalente, como mínimo, al exigido por la normativa de nuestro país.

¿Existen intereses económicos en este estudio?

Esta investigación es promovida por la investigadora Natalia Martínez Sieira, con fondos aportados por la investigadora.

La investigadora no recibirá retribución específica por la dedicación al estudio. Usted no será retribuido por participar.

¿Quién me puede dar más información?

Puede contactar con la investigadora a través del correo electrónico natalia.martinez.sieira@udc.es.

También puede contactar con las Directoras de la investigación a través del correo electrónico maria.jesus.movilla@udc.es y carmen.coronado@udc.es.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO DE CREENCIAS Y PERCEPCIONES EN EL RIESGO DEL INCUMPLIMIENTO DE LOS AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS EN PROFESIONALES SANITARIOS DEL CHUF

INVESTIGADORA: Natalia Martínez Sieria

Yo, con nombre.....

y apellidos

- Leí la hoja informativa al participante que se me entregó, pude hablar con la investigadora y realizar todas las preguntas pertinentes para aclarar las dudas. Comprendo las condiciones del estudio y considero que recibí suficiente información sobre la investigación.

☐

- Comprendo que mi participación es completamente voluntaria, pudiendo abandonar cuando quiera, sin dar ninguna clase de explicación.

☐

- Accedo a que se utilicen mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante.

☐

- Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

☐

Respecto a la conservación y a la futura utilización de los datos, detalladas en la hoja de información al participante:

- ☐ NO accedo a que mis datos sean conservados una vez terminado el presente estudio.
- ☐ Accedo a que mis datos se conserven una vez terminado el estudio, siempre y cuando sea imposible, mismo para los investigadores, identificarlos por ningún medio.
- ☐ SI que accedo a que los datos se conserven para usos posteriores en líneas de investigación relacionadas con la presente, en las condiciones mencionadas..

El /la participante:

(Firma del participante)

La investigadora:

(Firma de la investigadora)

Asdo:

Fecha:

Asdo:

Fecha: